

A
GYÓGYÁSZAT
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI
— KÜLÖNLENYOMAT —

NYOLCVANEGYEDIK ÉVFOLYAM — BUDAPEST 1941. 29—30. SZÁM

A Horthy Miklós Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: *Rusznayák István* dr. egyetemi nyilván. r. tanár.)

A gümős hashártyagyulladásról

UJABB ADATOK A GÜMÖS HASHÁRTYAGYULLADÁS
PROGNOSISÁHOZ

Írta:

Korányi András dr.

egyetemi magántanár, adjunctus.



BUDAPEST
GLOBUS NYOMDAI MŰINTÉZET RÉSZVÉNYTÁRSASÁG



Míg a tüdőtuberculosis és egyéb szervek tuberculosus megbetegedésének tárgyalása, mind az irodalomban, mind előadások keretében igen gyakori — addig a savós hárták, de különösen a tuberculosus peritonitisre vonatkozó közlemények és előadások a ritkaságok közé tartoznak. A hazai irodalomban 1928-ban *Lobmayer*-től van egy referatum, mely a magyar orvosok tbc. egyesületének nagygyűlésén hangzott el a savós hárták tuberculosisáról s ezen referatumban foglalkozik a peritonitis tuberculosával is. Ezenkívül *Fülöp*-től jelent meg 1938-ban rövid statisztikai közlemény. A német irodalomban szintén hasonló a helyzet és csak a körboncnok *Schlumpert*, *Borchke* foglalkozik részletesebben a témakörrel a múlt század végén. Újabb irodalmi adatokat csak amerikai szerzők, így *Olcott* és *Paccione*, valamint *Franck* közleménye nyújt. Egyébként teljesen a tankönyvek adataira vagyunk utalva. Meglepőnek kell tartanunk ezt a körülményt, különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy milyen gyakori megbetegedés a peritonitis tuberculosus. Különösen gyakori ez a megbetegedés az Alföldön és így klinikánk beteganyagában is. A fentemlített megállapításon kívül azonban van még egy ok, ami miatt érdemesnek látszott e gyakorlati tárgykörrel részletesebben foglalkozni, s ez az a körülmény, hogy a peritonitis tbc. prognosisa körül nem alakult ki határozott vélemény, hiszen a prognosist illetőleg is csak a tankönyvek régi statisztikai adatokon alapuló megállapításaira vagyunk utalva, dacára annak, hogy a megbetegedés therapiájában az utóbbi évtized leforgása alatt lényeges haladás történt.

Körbonctanilag a peritoneumra localizálódó tbc.-s elváltozásoknak *J. Müller* szerint három megjelenési formája van:

1. a miliaris tbc. részjelensége, amelynek önálló klinikai megnyilatkozási formái a peritoneumon nincsenek.

2. a valódi és önálló localisatiójú peritonitis tbc. a peritonitis circumscripta, mely más, közelfekvő szer-

vek tbc.-s megbetegedései következtében (bél, genitáliák) lép fel.

3. A leggyakoribb alak, amely acut vagy chronikus módon diffuse terjed tova a peritoneumon folyékony exsudatum vagy fibrinosus massa képződése mellett. Ez az a folyamat, amely ascites, alhártya, illetőleg zsugorodó folyamathoz vezet. *Schmaus* és *Herxheimer* csak kétféle formáját különbözteti meg a megbetegedéseknek *Beitzke*-vel megegyezően: a) egyszerű vagy általános tbc. peritonitis valamelyik szerv vagy miliaris tbc.-vel kapcsolatban; b) tbc.-s gyulladás, amely vagy exsudatív vagy produktív jellegű lehet. *Kaufmann* ugyancsak különbséget tesz a savós hárttyák miliaris tbc.-je és a gyulladás között. Ujabban *Randerath* is ezen dualistikus felfogáshoz csatlakozott. Ma már általánosan elfogadott nézetnek kell tartani — a legtöbb szerző véleménye szerint — hogy a savós hárttyák tuberculosisában kórbonctanilag két alak különböztethető meg és pedig a fentemlített miliaris tbc. és a peritoneum tbc.-s gyulladása.

A tuberculosis-bacillus által okozott elváltozások a peritoneumon különbözőek lehetnek a bakteriumok virulentiája, az egyén érzékenysége, a kórokozók száma és az inger hevessége szerint. A legegyszerűbb alakja a peritonitisnek a peritoneum már említett miliaris tbc.-je, amely vagy egy közelfekvő szerv útján jön létre és mint körülírt folyamat localizálódik, vagy a miliaris tbc. részjelenségeként lép fel. Ilyenkor a hashártya kisebb-nagyobb göbcsékkal, tuberculumokkal borított. Ezzel szemben áll az exsudatív forma, bőséges exsudatum elválasztással, a peritoneum azonban ilyenkor is tele van kisebb-nagyobb, részben elsajtosodott tuberculumokkal, fibrincafatokkal és vérzésekkel. Az exsudatum rendszerint serosus, de lehet serofibrinosus és haemorrhagiás. Más esetekben viszont a fibrinképződéssel együttjáró gyulladás áll előtérben és alhártyaképződés lép fel, mely összetapadásokhoz és összenövésekhez vezethet. Ezeknél az alhártyás alakoknál a peritoneum összenövései, megvastagodásai néha oly nagyok lehetnek, hogy mint jól körülírt kötegek tapinthatók, gyakran daganatokat utánoznak és nem ritkán bélpassage-zavarhoz vezethetnek. Igen gyakoriak az ileo-coecalis tájékra localizálódó ilyen képletek, ezt a tájékot szinte praedilectionalis helynek kell tartani s amelyek igen gyakran

vezetnek akár appendicitis, akár periappendicularis tályog téves diagnózisához.

Az izolált ascitessel járó hashártya-megbetegedés első részletesebb leírása *Louis*-tól származik, 1825-ből. Később *West*, majd *Henoch* foglalkoztak e kórformákkal részletesebben. Mind *Louis*, mind *West* egyértelműen minden ascitessel járó hashártyamegbetegedést tbc.-s eredetűnek tartottak és csak később *Henoch* mutatott rá elsőnek arra, hogy vannak más, nem tuberculosus eredetű ascitessel járó hashártyamegbetegedések is. Ma már közismert tény, hogy a betegségek egész sora okozhat ascitest. Így a perikardium külső lemezeinek összenövésai, obliterációi, melyek a májban zsugorodó folyamatokat válthatnak ki; a vena porta rendszerbeli pangás; a valódi cirrhosis; chronikus nephritis; cardialis pangás. De ismeretes az, hogy a hashártya más, nem tbc.-s megbetegedései is okozhatnak ascitest. A hashártya carcinomája, mely rendszerint secundaer úton valamelyik közelfekvő szerv (uterus, ovarium, pankreas, gyomor, bél) áttétje útján okoz ascitest. Primaer rosszindulatú daganatai a hashártyának, mint angiosarcoma, endothelioma, vagy carcinoma igen ritkán fordulnak elő, bár saját beteganyagunkon az utóbbi években két esetben is észleltük a peritoneum carcinosisát, amelyet a klinikai kép és a lefolyás alapján primaernek kellett tartanunk. Chronikus, nem tbc.-s peritonitis igen ritka megbetegedés és rendszerint olyan betegeknél észlelhető, akiknek hosszantartó ascitesük volt s gyakran végeztek náluk haspunctiót. Ritka esetekben társulhat ascites a bélhuzam súlyos megbetegedéseihez, különösen súlyos ulceratíós folyamatokhoz. Egyes szerzők hosszantartó recidiváló typhushoz csatlakozóan észleltek ilyen asciteseket. Az asciteseknek még egy fajtáját francia szerzők észlelték, amely főleg fiatal leányoknál szokott előfordulni és melyre jellemző, hogy az ascites időnként megszűnik, majd hosszabb-rövidebb ideig tartó szünet után újból kifejlődik. Ez a megbetegedés — *Cruveilhier* szerint — sohasem tbc.-s eredetű, s ő e kórformát „ascite des jeunes filles” nevezte el. Egyes szerzők szerint úgy kanyaró, mint más fertőző megbetegedés után is kifejlődhet ascitessel járó peritonitis, valószínűnek látszik azonban, hogy ez az utóbbi két fajtája az asciteseknek mégis csak tbc.-s eredetű. Az irodalomban szerepelnek még közvetlenül a hasat érő traumák következtében fellépő chronikus ascitesek is,

ilyen eseteket észleltek *Wilmaus* és *Lücke*. Egyik ilyen esetükben a fenti szerzők *sectio útján* teljes mértékben kizárták a peritonitis tbc. fennállását. Természetesen egyrészt a fentemlített s *Cruveilhier* által leírt megbetegedés, másrészt a traumás alapon kifejlődő ascitesek és más egyéb megbetegedések kapcsán létrejövő asciteseknél tbc.-s aetiologia tulajdonképpen sohasem zárható ki teljes bizonyossággal, mert ezek az esetek ritkán szoktak obductióra kerülni. De még a bizonyosan tuberculotikus eredetű peritonitiseknél is csak igen ritkán lehet a kórokozókat kimutatni, sőt a *sectiónál* is csak az esetek egy részében lehet typosos tbc.-s kórbonctani elváltozást a peritoneumon kimutatni.

Közleményem elején már említettem, hogy milyen gyakori megbetegedéssel állunk szemben a peritonitis tuberculosánál. De újabban mindinkább az a benyomásunk, hogy a megbetegedés gyakoribb ma, mint az régebben volt. Ezen sajátságos ténynek magyarázatául talán legelsősorban is arra kell gondolni, hogy ezen megbetegedés gyakoriságának oka az, hogy közegészségügyünk fejlődése következtében a több kórház, klinika, szanatórium, jobban képzett orvosok, a fejlődő diagnostika következtében gyakrabban kerül észlelésre. Hiszen ugyanezt a sajátságos jelenséget egyéb megbetegedéseknél is megtalálhatjuk és hogy csak egy ilyen közismert megállapítást említek: a diabeteses betegek száma is állandóan emelkedőben van. De ha a megbetegedés gyakoriságának okát kutatjuk, nem térhetek ki annak a megemlézése elől sem, hogy Szeged városa és annak környéke — amely beteganyagunkat adja — az országos tuberculosis statisztikában igen elszomorító helyen áll. Messzire vezetne és nem is célom ennek okával foglalkozni, csak rámutatok arra, hogy alföldi népünk milyen nyomorban él, milyen hiányosan és egyoldalúan táplálkozik. A hiányos táplálkozás és a tuberculosis közötti összefüggést különösen a mult világháborút követő évek tbc. statisztikái világosan bizonyítják. De ugyanilyen káros s egyes szerzők szerint kimondott praedisponáló factor az egyoldalú, főleg szénhydratokból álló táplálkozás s tbc.-vel való fertőzés szempontjából. Ebből a szempontból elég, ha *Weigerts* közismert állatkísérleteire hivatkozom.

A megbetegedés gyakorisága szempontjából fel kell említenem, hogy a breslaui pathologiai intézet statisztikája szerint 4250 boncolt esetből 1393 volt tbc.-s

eset, ebből 226-nál — vagyis az esetek 16.5%-ánál — lehetett a peritoneumon tuberculosisos elváltozást kimutatni. Számos szerző és tankönyvek egyértelmű megállapításai szerint a peritonitis tuberculosa leggyakrabban valamelyik közelfekvő szerv tbc.-s megbetegedése folytán terjed rá a peritoneumra. Így a fentemlített breslaui statisztikai adatok szerint 226 peritonitis tbc.-s beteg közül 140-nél béltuberculosis is kimutatható volt. Az amerikai *Lorenz* szerint a tbc. peritonitis tulajdonképpen inkább tekinthető a tüdőtuberculosis complicációjának, mint önálló tbc.-s manifestációnak. Szóba jöhet még, mint góc, a mesenterialis vagy retroperitonealis mirigyeknek tuberculosus megbetegedése. Az általánosan elfogadott vélemény, — amihez a magunk részéről is csatlakozhatunk — az, hogy a leggyakoribb primaer tbc.-s góc a tüdőben szokott lenni. De igen gyakori az, hogy a pleuritis exsudatívához társul vagy vele együtt egyidejűleg lép fel a peritonitis. Francia szerzők, élükön *Godelier*-vel törvényszerűnek tartják, hogy a peritoneum megbetegedését egy vagy kétoldali, pleuritis előzi meg. Megerősítik e törvényszerűséget *Fernet* és *Bouillard*, de hasonló véleményt nyilvánít *Nothnagel* is. *Gály* is elfogadja *Godelier* megállapításait s tapasztalatai szerint igen kevés kivételtől eltekintve, fennáll az említett törvényszerűség s majdnem minden peritonitis tuberculosa esetben ki lehet mutatni a főleg adhaesív callusképződéssel járó pleuritiseket. Saját eseteinkben törvényszerűséget e két megbetegedés között nem tudtunk találni, bár kétségtelen különbség van abban a tekintetben, hogy eseteink, mint már említettem, mindegyike csak klinikai észlelés alatt állott és így az anamnesis alapján physicalis, valamint röntgenvizsgálattal nem lehetett teljes bizonyossággal kizárni azt, hogy nem volt-e betegeink többi részénél is nagyobb százalékban a peritonealis megbetegedést megelőzőleg valamilyen enyhébbfokú pleuralis folyamat. Utolsónak hagytam annak a tárgyalását, hogy milyen gyakori, különösen kórboncnokok véleménye szerint, mint kiinduló forrás a női genitális apparatus.

Kétségtelen az, hogy feltűnő különbséget észlelhetünk a peritonitis tuberculosa gyakoriságát illetőleg a két nemnél. Szembetűnő t. i. az, hogy a nők sokkal gyakrabban betegszenek meg, mint a férfiak. *Thónes* képviselte elsőnek azt a nézetet, hogy a női genitáliák tbc.-s fertőzése következtében, lymphogen vagy contact

úton igen gyakran fertőződik a hashártya; *Thóses* felfogása élénk vitát váltott ki, különösen a német gynaekologusok körében, de az általános vélemény végül is e két szerv közötti szoros kapcsolat alapján, törvényszerűsége emelté a fenti megállapítást. A mai modern felfogás, melyet *Olcott* és *Paccione* képvisel, ugyancsak az, hogy van összefüggés a női genitáliák, különösen a petefészek és méh tbc.-megbetegedése, valamint a hashártya tuberculosisa között. Fenti szerzők 70 női peritonitis tuberculosás betege közül 33-nál volt kimutatható elváltozás a genitáliák részéről. Saját megállapításaink alapján, bár kétségtelen, hogy igen gyakori a két megbetegedés összefüggése, illetve együttes megjelenése, mégsem tudjuk azt törvényszerűnek elfogadni. Saját eseteink közül 77 (60%) volt nőbeteg — vagyis betegeink között is túlsúlyban voltak a nők — ezen 77 nőbetegnél azonban a nőgyógyászati vizsgálat csak 19-nél (24%) mutatott a genitáliák részéről elváltozást.

Mint már említettem, a peritonitis tuberculosa két alakját különböztethetjük meg: az exsudatív és az adhaesív plastikus formát. Saját eseteinknek az irodalomban szereplő adatokkal való összehasonlításánál feltűnő tény, hogy milyen elenyésző számban voltak betegeink között olyanok, akiknél adhaesív-plastikus alakot észleltünk. 117 észlelt esetünk között csak öt volt tisztán adhaesív plastikus alak — ezek közül is kettőnél az anamnesis adatai szerint akkor megbetegedésüket exsudatív alak előzte meg. 11 betegünkél a javulás, illetve gyógyulás plastikus képletek hátrahagyásával történt.

A peritonitis tuberculosa, mint *primaer* tuberculosus manifestatio a ritkaságok közé tartozik. *Borchke* 220 peritonitises egyén sectiójánál csak kettőnél nem talált másutt a szervezetben kimutatható tbc.-s gócot. *Schlimpert* ugyancsak 108 boncolt eset között csak egyet tudott primaernek tekinteni. *Pincoffs* és *Boggs* egyáltalában nem észlelt esetei között primaernek tekinthető peritonitist és ugyancsak nem észlelt 18 esete között *Olcott* és *Paccione* primaer hashártya-tbc.-t. Saját tapasztalataink alapján e kérdéshez teljes határozottsággal ugyanazon indokok miatt nem szólhatunk hozzá, amely alapján a pleuritis és peritonitis közötti összefüggés kérdésénél már szólottam, vagyis mert eseteink, mint már azt szintén említettem, csak klinikailag állottak észlelésünk alatt és boncolásra egy sem került. Ezen az

alapon azonban 117 esetünk közül 47-nél nem tudtunk tuberculosisos göcot kimutatni.

A megbetegedés maga régi felfogás szerint a gyermekkor megbetegedése s egyes tankönyvek megállapításai szerint leggyakrabban 4—12 év között fordul elő, ritkábban észlelhető az a 12—16. életév között. Az újabb észlelések, illetve statisztikák viszont azt látszanak bizonyítani, hogy a megbetegedés leggyakoribb 16—30 év között, de a 30 éven felüli egyéneknél fellépő tuberculotikus hashártyagyulladás sem tartozik a ritkaságok közé, sőt az irodalomban szerepel néhány 50—60 év között fellépő hashártyatuberculosis is. *Olcott* és *Paccione* legújabb statisztikája szerint az átlagos életkor férfiaknál 30 év, nőknél 23 év. A mi beteganyagunk alapján leginkább *Olcott* és *Paccione* adatait erősíthetjük meg, amennyiben nőbetegeink átlagos életkora 23, férfibetegeinké 27 év volt.

A klinikai kép. A peritonitis tbc. klinikai képe különböző, aszerint, hogy exsudatív, vagy adhaesív formáról van-e szó. Typusos lefolyása t. k. egyik formának sincs. Általában mégis két megjelenési formáját különböztethetjük meg. Az egyik az acutan fellépő forma, a másik a chronikus lefolyású. Az előbbinél a rövidebb ideig tartó s főleg rossz közérzetben s kis testsúlycsökkenésben megnyilvánuló — legtöbbször figyelembe sem vett jelenségek után — hirtelen magas lázas állapot köszönt be. Ez a megjelenési formája a megbetegedésnek utánozhatja a typhus abdominalist, pneumococcus peritonitist és az appendicitis kórképét. Csak a közelmúltban észleltünk két esetet, ahol a 8—10 napos folytonos láz után — ezeknél is elsősorban typhusra gondoltunk — fejlődtek ki a peritonitis tbc.-re jellemző tünetek. Ezek között a tünetek között első helyen áll az ascites fellépte. Természetesen nehézségek adódhatnak a diagnosis felállítása körül, különösen a megbetegedés elején, ha az ascites mennyisége egészen csekély. Az ascites kikopogtatása rendszerint csak akkor sikerül, ha annak mennyisége az 1000—1500 kcm-t meghaladja. Bizonyos technikai fogásokkal, oldalt fektetéssel, térdkönyök helyzetben való vizsgálattal azomban ennél jóval kisebb mennyiségű folyadékgyülemet is ki tudunk mutatni. Ha a folyadékgyülem elég nagy, a köldök elsimult, vagy elődomborodó. Az egyéb szabad hasúri folyadékgyülemekkel járó megbetegedésektől való elkülönítés szempontjából döntő lesz a próbapunctio

eredménye. Az így nyert hasúri folyadék rendszerint világossárga, átlátszó — de lehet zavaros, sőt néha véres is. Fehérjetartalma magas, az elvégzett Rivalta-kémlés pozitív lesz, a refractio 1.3430-nál magasabb. Meg kell még említeni, hogy nem gyulladásos eredetű folyadékgyülemeknél végzett Rivalta-kémlés is járhat pozitív eredménnyel, ha sorozatosan végeztünk előzőleg punctiókat. A peritonitis tbc.-s folyadékgyülem üledékében lymphocyták találhatók s néha sikerül Koch-bacillust is kimutatni. Ha a folyadékgyülem olyan kicsi vagy csak kisebb letokolt tasakokban foglal helyet, úgy a próbapunctio negatív eredménnyel végződhet, amely a klinikai kép helyes megítélését, illetve a diagnózis felállítását megnehezíti. A megbetegedés alatt a betegek valamilyen jelentősebb fájdalmakról nem igen panaszkodnak, legfeljebb feszülés érzéséről, puffadásról és néha tompa hasi nyomásokról számolnak be. A subjectív tünetekhez tartozik még a nagyfokú gyengeség, étvágytalanság s a lázas állapothoz társuló fejfájás. Gyakran gastrointestinalis tünetek képében jelentkezik a betegség és csak hetek, hónapok múlva fejlődik ki az ascites. A betegség folyamán a lázas állapot hosszabb-rövidebb ideig tarthat (3—6 hét), de néha ezt jóval meghaladó idő is beletelik, míg a lázas állapot lassan megszűnik, az exsudatum felszívódik. A chronikus formája az exsudatív formának tulajdonképpen ugyanilyen klinikai jelenségekben nyilvánul, csak lefolyása sokkal hosszabb, a lázas állapot, az exsudatum kifejlődése, felszívódása többször ismétlődik. Az adhaesív forma klinikai képe még szegényebb, hiszen a peritonitis tuberculosa legjellegzetesebb tünete a hasúri folyadékgyülem legtöbbször hiányzik. Egyedül a has tapintási lelete, a kisebb-nagyobb tömött tapintatú, a belekkel összekapaszkodott resistantiák azok, amelyek alapján a megbetegedésre gondolni lehet. Ha ezen képletek valamelyike a béltractusnak valamelyik részét szűkíti vagy lefűzi, puffadás, obstipatio vagy fájdalmak jelenkeznek, sőt ritkán bél-elzáródás tünetei is kifejlődhetnek.

Differential-diagnosis. Az exsudatív formáknál felépő ascites a megbetegedés első stadiumában, rendszerint mint szabad folyadékgyülem jelentkezik, úgyhogy egyéb ascitessel járó megbetegedésektől, így elsősorban máj-cirrrosistól kell elkülöníteni. A megbetegedés későbbi folyamán, amikor kisebb-nagyobb letokolódások jönnek létre, az asciteshelyzetváltozással többé nem mozgat-

ható el és így az elkülönítés nem ütközik nehézségekbe. *Lancereaux* a kétféle ascitesnek egymástól való elkülönítésére igen jó differential-diagnostikus jelt írt le. A májcirrhosis okozta ascitesnél — szerinte — a hason látható venás hálózat inkább a köldök felett kifejezett, míg a chronikus peritonitiseknél, ha egyáltalában látható, úgy inkább a köldök alatti területeken észlelhető. De ugyancsak az esetek nagy többségében kifejezett különbség észlelhető az ascites alakját illetőleg. Míg a peritonitis tuberculosa okozta ascites alakja rendszerint gömbalakú és feszes, alakját a testhelyzet változásaival nemigen változtatja, addig a cirrhosis okozta ascites alakja helyzetváltozásakor változik. Ezen különbség természetes magyarázata az, hogy a peritonitis tuberculosánál a peritoneumon lévő gyulladások következtében fellépő összenövések mintegy rekeszekre osztják a szabad hasüreget és így ezen rekeszek jobban fixálják a hasat, mint az egytömegű transsudatum okozta ascitesek. Néha letokolt folyadékgyülemek olyan alakot ölthetnek, hogy ovarialis cysta képét utánozzák, s nem tartozik a ritkaságok közé, hogy téves diagnosis folytán műtetre is kerülnek, hisz ismeretes az, hogy a peritonitis tuberculosa műtéti kezelése is ilyen téves diagnosis következtében került be a megbetegedés therapiájába. Az ovarialis cysta és az ascites közötti differential diagnostikai közismert eljárások ismertetésére e helyen nem akarok kitérni. Differential-diagnostikus szempontból azonban fel kell említenem a hashártya carcinosisát, mely — mint már mondtam — rendszerint secundaer úton valamelyik közelfekvő szerv carcinomája esetén lép fel. A hashártyának primaer rosszindulatú daganatai a nagy ritkaságok közé tartoznak. Ezek diagnostizálása nagy nehézségekbe ütközik, s rendszerint csak a minden belgyógyászati kezeléssel dacolásból vagy az esetleges műtét kapcsán elvégzett histologiai vizsgálat eredményeiből lehet a diagnosist felállítani. Támpontot nyújt ezenkívül még a betegek életkora is. Az esetek legnagyobb százalékában ez lényegesen alacsonyabb, mint a carcinomások kora. Peritonitises betegeknel ezenkívül rendszerint hiányzik a kachexia isami carcinomás betegeknel előbb-utóbb kifejlődik. A bélstenosis tünetei, amelyek bélcarcinománál sohasem hiányoznak, tbc. peritonitissnél relatíve ritkák, s csak nem kezelt betegeknel fordulnak elő. Ezt magát érdekes bizonyítéknak kell tekintenünk abból a szempontból,

hogy mechanikus akadályok a hasüregben ritkán vezetnek passage-zavarhoz. Peritonitis exsudatívában szenvedő betegek sectiójánál igen gyakran észlelhetjük, hogy a belek igen erősen dislokált helyzetben vannak, s dacára annak, passagezavar a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. A röntgenvizsgálat legfeljebb csak negatív értelemben bizonyító, amennyiben kizárja a bélcarcinoma lehetőségét. A tuberculosus peritonitis adhaesív-plastikus formájának praedilectió helye az ileocecalis tájék, s a folyamat a nyirokmirigyekből vagy a bélből indul ki. Kizárólag az anamnesis alapján a peritonitis tuberculosa a chronikus appendicitistól, periappendicularis tályogtól, valamint malignus tumortól nehezen differentálhatók el. A májcirrhisistől való megkülönböztetést a cirrhosisnál észlelhető megnagyobbodott lép megkönnyíti, de meglehetősen pontos útbaigazítást fog az anamnesis is nyújtani. A diffus genyes peritonitisek a nagy hasi sensatiókkal járó tünetek miatt nemigen jönnek szóba differential-diagnostikai szempontból. Ezek között csak egy kivétel van és ez a pneumococcus peritonitis. Ez a fajta a peritonitiseknek azonban, ha nem a heves tünetekkel járó kezdeti szakban kerül észlelésre, az azt követő, hetekig-hónapokig tartó ascitessel járó kép, mely összenövésekre is hajlamos, gyakran okozhat nehézséget a diagnosis felállításában. Fel kell említenem, hogy a peritonitis tuberculosa és a máj-cirrhosis közös előfordulása gyakori. Ilyenkor a portalis pangás tüneteivel a peritonitis tbc. tünete is társulnak, melyek a diagnosis felállítását gyakran megnehezítik. A szerzők többségének véleménye szerint ezen esetekben rendszerint a májcirrhosis a primaer.

Prognosis. Az általánosan elfogadott vélemény szerint a peritonitis tbc. prognosisa jobb, mint ahogy azt még a mult század végén gondolták. Már *Strassburger* rámutatott arra, hogy különösen az acutabb formáknál igen gyakori a spontán gyógyulás. A gyógyulás gyakran összenövés hátragyásával történik, mely a következő évek folyamán, különösen a röntgennel nem kezelt betegeknél, obstipatio és passage zavarokat okozhat. Közvetlenül peritonitis tuberculosában történő elhalálozás nem nagyon gyakori, inkább más szervek már fennálló tuberculosus megbetegedései, vagy az ahhoz társuló újabb tuberculosus megbetegedések vezetnek halálhoz. Így *Schlimpert* már említett statisztikája szerint 2173 tbc.-s sectiónál csak 9 esetben volt a közvetlen

halál oka hashártya-tuberculosis, ami 0.4%-nak felel meg. *Lobmayer* referatuma szerint sem rossz prognosistól közvetlenül maga a megbetegedés s inkább más szervek, így különösen a tüdő, agyhártya megbetegedése az, ami halálhoz szokott vezetni. Az Új Szent János-kórház gyermekosztályának 63 esete alapján *Fülöp* arra a megállapításra jut, hogy a megbetegedés mindig valamilyen más szerv fertőzött állapotától függ és gyógyulás, illetve tartós javulás csak akkor várható, ha a fertőzés kizárólag a hashártyára localizálódott. *Gáli* prognostikai szempontból is elválasztja férfiak és nők peritonitisét. Véleménye szerint a férfiaknál fellépő peritonitis prognosisa jobb, mint a nőké, mely utóbbi majdnem kivétel nélkül a genitáliák tuberculosisából indul ki. A nőknél fellépő hashártyatuberculosis véleménye szerint rendszerint súlyos széteső dissemináló tüdőfolyamatokhoz vezet és ez a tüdőfolyamat letális kimenetellel szokott járni. *Thónes* férfiak megbetegedését tartja rosszabb prognosistól, mint a nőké: gyermekek megbetegedése ezzel szemben jobb, mint a felnőtteké. *Robertson* egy éven aluli gyermekek megbetegedését tartja a legrosszabb prognosistól. *Mayer* szintén jobbindulatúnak tartja az exsudatív formát, mint a plastikust, ugyanez a véleménye *Korányi* Sándornak is. *Bernhard* az összes peritonitis tuberculosa esete között 15%-ban észlelt letális kimenetelt. Figyelmet érdemelnek *Borchgrevink* tapasztalatai, aki szerint az exsudatív alakok közül azon esetek, ahol a megbetegedés fél éven belül nem recidivál, a prognosistól jó, sőt recidivától sem kell tartani, s ha a megbetegedés alatt összenövésnek nem jönnek létre, úgy az esetet gyógyultnak kell tekinteni.

Saját eseteinkről és azok további sorsáról a következőkben számolhatok be: az elmúlt 12 évre visszamenőleg klinikánkon 117 beteg állott megfigyelésünk, illetve gyógykezelésünk alatt peritonitis tbc.-vel. Ahhoz, hogy a megbetegedés prognosistól saját beteganyagunk alapján foglalkozhassunk, szükségesnek látszott betegeink további, a klinikáról való távozásuk utáni sorsukat is figyelemmel kísérni. Fentemlített eseteink közül a legrégibb 12 évvel ezelőtt feküdt klinikánkon, de a kimutatásunkban szereplő legutóbb észlelt eset óta is eltelt két év. Betegeinket levélben kerestük fel és felszólítottuk őket, hogy egészségi állapotuk ellenőrzése végett személyesen jelenjenek meg a klinikán. Azon betegeknek, akik ezen felszólításunkra nem jöttek be a

klinikára, kérdőíveket küldtünk ki s azok alapján szereztünk adatokat hogylétükről. Másokat viszont a kerületi tisztiorvosok, illetve községi orvosok voltak szívesek átvizsgálni. Az időközben elhaltakról ugyancsak a kerületi tisztiorvosok, illetve községi orvosok útján, avagy kezelőorvosaik útján tudtunk az elhalálozás okára vonatkozó adatokat nyerni. A fenti vizsgálatok, illetve utána-járások alapján elértük azt, hogy a fentemlített 117 betegünk sorsa megközelítőleg tisztán áll előttünk. A klinikán feküdt 21 betegünket — akik a klinikáról még csak két éven belül távoztak — nem vettük figyelembe, mert ezeknél a végleges gyógyulásról, az idő rövidsége miatt nem vonhatunk le következtetéseket.

A fentemlített 117 peritonitis tbc.-s beteg közül annakidején a klinikáról:

klinikailag gyógyultan távozott	13
klinikailag javultan távozott	88
klinikailag gyógyulatlanul távozott	16

A 13 gyógyult beteg közül odahaza 1 recidivált, de meggyógyult.

A 88 javultan távozott betegből:

meggyógyult	77
recidivált, de meggyógyult	5
más tbc.-s betegségben elhalt	3
peritonitis tbc.-ben meghalt	2
más betegségben elhalt	1

A 16 gyógyulatlanul távozott beteg közül:

tbc. peritonitisben meghalt	7
meggyógyult	9

Eredményeinket összefoglalva: 117 betegünk közül véglegesen meggyógyult 106 beteg, vagyis eseteink 93%-a.

Peritonitis tbc.-ben meghalt 9, vagyis eseteink 10%-a.

Más tbc.-s megbetegedésben meghalt 3, vagyis eseteink 3%-a.

Más megbetegedésben meghalt 1, vagyis eseteink 1%-a.

Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy a peritonitis tuberculosa prognosisa megközelítően sem olyan rossz, mint azt még a múlt század utolsó éveiben gondolták. Kétségtelen szerepet játszik ebben az a körülmény, hogy betegeinknél mindazon modern therapiás eljárásokat alkalmaztuk, amelyek a mai felfogás szerint leghatásosabbak.

Therapia. A modern therapia első helyén kétségtelenül a röntgenbesugárzás áll. E therapia bevezetése a peritonitis tuberculosánál *Magaine* és *Weil* érdeme, akik azt Franciaországban elsőnek alkalmazták. Németországban *Birckel* és *Schall* nevéhez fűződik a megbetegedés sugaras kezelése. A röntgenbesugárzás jó therapiás eredményei úgy az exsudatív, mint adhaesív-plastikus

formáknál érvényesülnek. E kezelést megelőzőleg igen gyakori volt, hogy az exsudatív formák súlyos adhaesív formákba mentek át és mint ilyenek, igen gyakran letalisan végződtek. Ma már azt mondhatjuk, hogy az idejekorán alkalmazott röntgenkezeléssel az exsudatív formák többsége meggyógyul és annak az adhaesív formákba való átmenetele legnagyobbbrészt megakadályozható. Beteganyagunkon a röntgenbesugárzásokat a következőképpen végeztük: betegeinknek egy alkalommal 50—100 r dosist adtunk az egész hasra kiterjedőleg. Ezt az adagot ismételtük egyheti szünetekkel négy-ötízben. (50 cm focus börtávolság, 200 Kv. feszültséggel 1 mm Cu + 1 Al szűrővel.) A besugárzás előtt minden esetben a hasúri folyadékot vagy punctio, vagy diureticumok segítségével csökkentettük. A therapiás röntgenbesugárzásokon kívül igen jó eredményű, mint azt elsősorban *Rollier* ajánlotta, a napkezelés, bár a röntgenbesugárzások eredményeit meg sem közelíti. Számosan propagálják mind a quarz, mind a solluxkezelést, amelyek azonban a röntgenbesugárzás jó hatása mellett teljesen háttérbe szorulnak. Meg kell még emlékeznem a peritonitis tuberculosa sebészi kezeléséről is. Mint ismeretes, ez a therapiás eljárás *Spencer Wells* nevéhez fűződik, aki téves diagnosis folytán peritonitis tuberculosában szenvedő beteget operált meg, akiről azt hitte, hogy ovarialis cystája van. Ez a beteg műtét után meggyógyult. Ez az észlelet indította a szerzők egész hosszú sorát arra, hogy a peritonitis tuberculosa sebészi kezelését propagálják. A statisztikai adatok azonban megcáfolták a therapia létjogosultságát s nyugodtan mondhatjuk, hogy a megbetegedés sebészi kezelése ma már a múlté. *Havlicek* újabban a műtéti therapiát oda módosította, hogy a megnyitott szabad hasüregbe quarz-besugárzást végzett. *Kennedy* ezzel egyidejűleg a szabad hasüregbe történő jodoformbevitelt ajánlja, mely szerinte az összenövések létrejöttét megakadályozza. Röntgenbesugárzásokon kívül a régi conservatív kezelések egész sorozatáról emlékeztünk még meg, amelyek azonban éppúgy, mint a sebészi kezelés, ma már inkább csak irodalmi értékűek. E conservatív eljárások közül a tuberculin-kezelés, a gyógyszeres (Kapesser-kúra, káliszappan, stb.) és a diéta kezelését kell megemlítenem. Az egyetlen a régen alkalmazott eljárások közül, amelyet ma is alkalmazunk, a punctiós kezelés. Ezen eljárást, mint már fentebb emlí-

tettem, egyrészt a röntgenbesugárzások előtt, másrészt a túlságosan nagyfokú ascites okozta kellemetlen subjectív tünetek csökkenésére alkalmazzuk. Egyes szerzők a punctiót összekötik pneumoperitoneum alkalmazásával, melyet levegő, illetve oxygen bevezetésével alkalmaznak. Scatterro ezen eljárás alkalmazásánál csak nemrégiben számolt be igen jó eredményről.

Még egy therapiás eljárásról kell megemlékeznem, amelyet különösen az utóbbi évtizedben jelentős eredménnyel alkalmaznak a tuberculosis therapiájában és ez a chemotherapia. Ez alatt tulajdonképpen kizárólag az aranytherapiát értjük, az egyéb: réz, cerium stb. vegyületek már szintén csak irodalmi értékűek. Az aranytherapia értékét illetőleg a savós hárták s így a peritonitis tbc.-t illetően meglehetősen ellentmondók a vélemények, az általános felfogás szerint az eredmények nem jók, újabban azonban francia szerzők, így *L. Bernard* pleuritiseknél és peritonitiseknél jó eredményekről számolnak be. Gyermek polyserositiseinél ugyancsak igen jó eredményeket értek el az aranykezeléssel *Saye*, *Le fèvre* és *Würthgen* és mások.

Saját eseteink között kizárólag arannyal kezelt nem volt s így saját tapasztalataink alapján az aranytherapia hatásosságáról nem győződhetünk meg. Betegeinket, mint azt fentebb már említettem, egyidejűleg röntgen-, valamint aranykezelésben részesítettük. Ha azonban tekintetbe vesszük az irodalom adatait messze meghaladó elért jó eredményeinket, feltételezhető, hogy ebben jelentős szerepet játszik a röntgentherapia mellett az injiciált arany is, melyet *Triphal*, illetve *Aurobis* alakjában adagoltunk.